



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-177 - PSEUDOGASTRINOMA EXTRADIGESTIVO COMO CAUSANTE DE SÍNDROME ZOLLINGER-ELLISON ESPORÁDICO

Díez Núñez, Ana; Díaz Godoy, Antonio; Salas Álvarez, Jesús María; Mendoza Esparrell, Gloria María; Campos Martínez, Francisco Javier; Hendelmeier Orero, Alicia; Álvarez Medialdea, Javier; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: Presentar el caso clínico y las imágenes de paciente diagnosticado de gastrinoma extradigestivo con síndrome de Zollinger-Ellison esporádico asociado.

Caso clínico: Paciente varón de 26 años, sin antecedentes de interés. Ingresa para estudio Digestivo por cuadros de epigastria intensa asociado a vómitos y deposiciones diarreas sin productos patológicos de 15 días de evolución. Se realiza estudio analítico y radiológico. En EDA se observa papila duodenal ulcerada con biopsia sin signos de malignidad. En ecografía abdominal y TAC se muestra hígado homogéneo, vesícula de paredes normales. Páncreas, vía biliar y bazo sin alteraciones de interés. Entre lóbulo hepático izquierdo, vesícula y curvatura menor del estómago se observa una lesión sólida, de contornos bien delimitados, con calcificaciones en su interior con realce de predominio periférico. Impronta la curvatura menor gástrica y no muestra clara dependencia de las vísceras de alrededor, aunque en algún momento parece perder plano de separación con duodeno. No se observan adenopatías ni líquido libre. Se realiza SPECT-TC con receptores de somatostatina: masa hipercaptadora en región inferior a hígado-última porción de estómago/primer de duodeno. En ecoendoscopia se observa lesión sólida en encrucijada bilioduodenogástrica. Estudio en heces con calprotectina y enteropatógenos negativos. Con la sospecha gastrinoma localizado en triángulo del gastrinoma (encrucijada bilioduodenogástrica) y síndrome de Zollinger Ellison esporádico, se decide intervención quirúrgica. Se realiza mediante laparoscopia observando tumoración móvil de unos 5 cm de eje mayor, sésil, que no depende de tejido gástrico, duodenal, pancreático ni colónico, localizado sobre mesocolon en encrucijada bilioduodenogástrica. No adherido a órganos ni vasculatura vecina. Se realiza exéresis completa de la lesión incluyendo cápsula que lo rodea. Se manda para estudio AP. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al 2º DPO. La biopsia informa de tumor neuroendocrino grado 1 positivo para cromogranina, sinaptofisina y CD 56, con Ki67 < 1%. Se revisa en CCEE al mes, paciente asintomático con EDA y analítica de control sin lesiones ulcerosas y cifras normales de gastrina.

Discusión: Además de la posibilidad diagnóstica de gastrinoma extradigestivo como en nuestro paciente, las lesiones sólidas del mesenterio plantean un extenso diagnóstico diferencial. Se debe hacer diagnóstico diferencial con tumor de origen neurogénico, tumor desmoide o histiocitoma fibroso. A pesar de tener calcificación en su interior no muestra otras características que orienten

hacia tumor carcinoide. La presencia de calcificaciones y la ausencia de adenopatías y visceromegalia hace muy poco probable la posibilidad de linfoma.